

DO HOSPITAL PARA A COMUNIDADE: A TRANSIÇÃO (IN)SEGURA

FROM THE HOSPITAL TO THE COMMUNITY: THE (UN)SAFE TRANSITION

DEL HOSPITAL A LA COMUNIDAD: LA TRANSICIÓN (IN)SEGURA

Cristina Lavareda Baixinho¹
Óscar Ferreira²

Como citar este artigo: Baixinho CL, Ferreira Ó. Do hospital para a comunidade: a transição (in)segura. Rev baiana enferm. 2019;33:e35797.

Os clientes dos cuidados de saúde, sobretudo os mais dependentes, são vulneráveis a experiências de perda de continuidade quando há alterações do estado de saúde ou quando se deslocam entre as organizações de cuidados. Isso, entretanto, tem implicações na evolução da funcionalidade e na qualidade de vida⁽¹⁾. Todavia, as orientações para o momento da alta clínica são, muitas vezes, escassas, realizadas de forma rotineira e não individualizada e apressada, sem considerar as condições e as necessidades específicas. Além disso, frequentemente são fornecidas apenas no momento da saída do hospital^(1,2), não se constituindo numa atividade sistematicamente integrada no plano de cuidados individualizados à pessoa e sua família.

A fragmentação dos cuidados entre o hospital e a comunidade pode resultar em orientações de tratamento confusas para o doente, com uma forte probabilidade de erros e duplicações, num seguimento desadequado^(3,4). As causas dessas dificuldades residem em questões de difícil resposta e resolução, como o tempo que é necessário para o planeamento adequado do regresso à casa, as dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde, a não avaliação da efetividade da intervenção^(1,4), a falta de registo e a não sistematização dos protocolos usados⁽¹⁾. Por isso, a ação do enfermeiro na antecipação do regresso à casa deve ser uma preocupação central no planeamento dos cuidados durante o período de hospitalização, para garantir a segurança, evitar quebras na continuidade de cuidados e como medida efetiva para evitar as readmissões no período pós-alta imediata.

A investigação demonstra que a preparação do regresso à casa, bem como a educação do familiar cuidador^(1,4) pode contribuir para o planeamento atempado da alta, possibilitando o desenvolvimento de estratégias adaptativas do doente e da família.

Uma revisão integrativa realizada em 2017 evidencia cinco categorias temáticas que englobam as principais atividades dos enfermeiros na transição do cuidado do hospital para a comunidade: planeamento de cuidados para a alta, auxílio na reabilitação social, educação em saúde, articulação com

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. crbaixinho@esel.pt. <https://orcid.org/0000-0001-7417-1732>

² Doutor em Educação. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. <https://orcid.org/0000-0002-1703-347X>

os diferentes serviços e acompanhamento pós-alta⁽²⁾. Apesar dessas orientações dos investigadores, o planeamento da alta hospitalar e a transição para a comunidade continua a ser uma área pantanosa nos cuidados de saúde, em que o sistema e os profissionais têm dificuldades manifestas em garantir a efetividade da continuidade de cuidados⁽¹⁾, tornando-a insegura.

Indubitavelmente, a complexidade dos atuais problemas de saúde, aliada à diminuição do tempo médio de internamento e à contenção económica, exige uma abordagem multidisciplinar e interinstitucional. Assim, a articulação entre níveis de cuidados requer uma intervenção em equipa multi e interdisciplinar⁽³⁾, para garantir a qualidade e a segurança, prevenir o declínio da funcionalidade no pós-alta e as readmissões desnecessárias pelo aparecimento de riscos e complicações previsíveis. A pessoa idosa dependente e o seu cuidador necessitam integrar as orientações e desenvolver competências específicas para manterem os cuidados iniciados no hospital. Para isso, há que capacitá-los, possibilitando a aquisição e o desenvolvimento de competências e recursos para o autocuidado, de forma a adaptarem-se e/ou ultrapassarem o problema de saúde e readquirirem, sempre que possível, a autonomia pessoal, com vista à resolução dos problemas identificados e consequente satisfação das necessidades afetadas. Todavia, esse processo pode ser perturbado pela dificuldade em compreender ou em executar as orientações específicas que decorrem dessa transição de saúde-doença⁽⁴⁾.

Por outro lado, garantir uma transição segura do hospital para a comunidade é uma estratégia adequada para uma política a ser seguida pelos diferentes serviços de saúde⁽³⁾, pelas potencialidades na promoção da autonomia e da independência para o autocuidado e na prevenção das readmissões e complicações, tornando a prestação de cuidados de saúde mais favorável do ponto de vista do custo-efetividade.

Nesse processo, os investigadores salientam que os obstáculos que contribuem para uma transição insegura entre esses níveis de cuidados também são dificuldades que em muito contribuem para a invisibilidade do exercício da profissão⁽³⁾. Essas condições proporcionam a existência de lacunas no planeamento do regresso à casa e subsequente transição deficitária e informada entre os diferentes contextos de cuidados. Salienta-se que os clientes mais informados serão também os que terão maior poder, capacidade de participação⁽¹⁾, de adesão ao regime terapêutico e de reivindicação.

Acresce a esse desafio pensar que os critérios para a avaliação das necessidades de continuidade de cuidados devem prever um conjunto de indicadores associados às diferentes transições que a pessoa, em contexto de hospitalização, experienciar; e que o cuidador informal, enquanto elemento central da equipa de saúde, a par do seu familiar doente, deve ser alvo da intervenção da equipa de saúde de forma a possibilitar a continuidade de cuidados. Nesse sentido, ele próprio necessita de apreciação, apoio e capacitação multiprofissional, para que a transição do seu familiar doente do hospital para a comunidade seja realizada de forma segura. O cuidado de transição inicia-se no momento da admissão, segue durante a alta e permanece no regresso à casa⁽⁵⁾.

Ao enfermeiro exige-se tão só e apenas que atue junto do familiar como um profissional facilitador da promoção da consciencialização e da aceitação do seu papel; diagnostique necessidades; delinieie estratégias que possibilitem a satisfação das necessidades do familiar cuidador no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa doente ou em convalescença, no acompanhamento e desenvolvimento do compromisso que implica o papel de familiar cuidador e no suporte às suas necessidades⁽¹⁾.

Esta pode bem ser uma área prioritária para a clínica e a investigação nos cuidados de saúde em prol do desenvolvimento de uma transição do hospital para a comunidade cada vez mais segura, satisfatória para todos os atores envolvidos e, portanto, com qualidade.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Cristina Lavareda Baixinho e Óscar Ferreira;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Cristina Lavareda Baixinho e Óscar Ferreira;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Cristina Lavareda Baixinho e Óscar Ferreira.

Referências:

1. Ferreira EM, Lourenço OM, Costa PV, Pinto SC, Gomes C, Oliveira AP, et al. Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Rev Bras Enferm.* 2019 Jan/Feb;72(1):156-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>
2. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e47615. DOI: 10.5380/ce.v22i3.47615
3. Mendes F, Gemito MLP, Parreirinha C, Cladeira EC, Serra IC, Casas-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(3):843-55. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
4. Pereira SK, Santana RF, Morais VSC, Soares TS, Silva DM. Discharge planning in post-operative of elderly: multiple cases study. *Rev Fund Care Online.* 2016;8(4):4949-55. DOI: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4949-4955>
5. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):294-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>

Recebido: 9 de março de 2020

Aprovado: 9 de março de 2020

Publicado: 30 de abril de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.